UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

Année 1972 Thèse N° 69

A PROPOS DE LA PATHOLOGIE O.-R.-L. CHEZ LE MALADE HANSENIEN

THÈSE

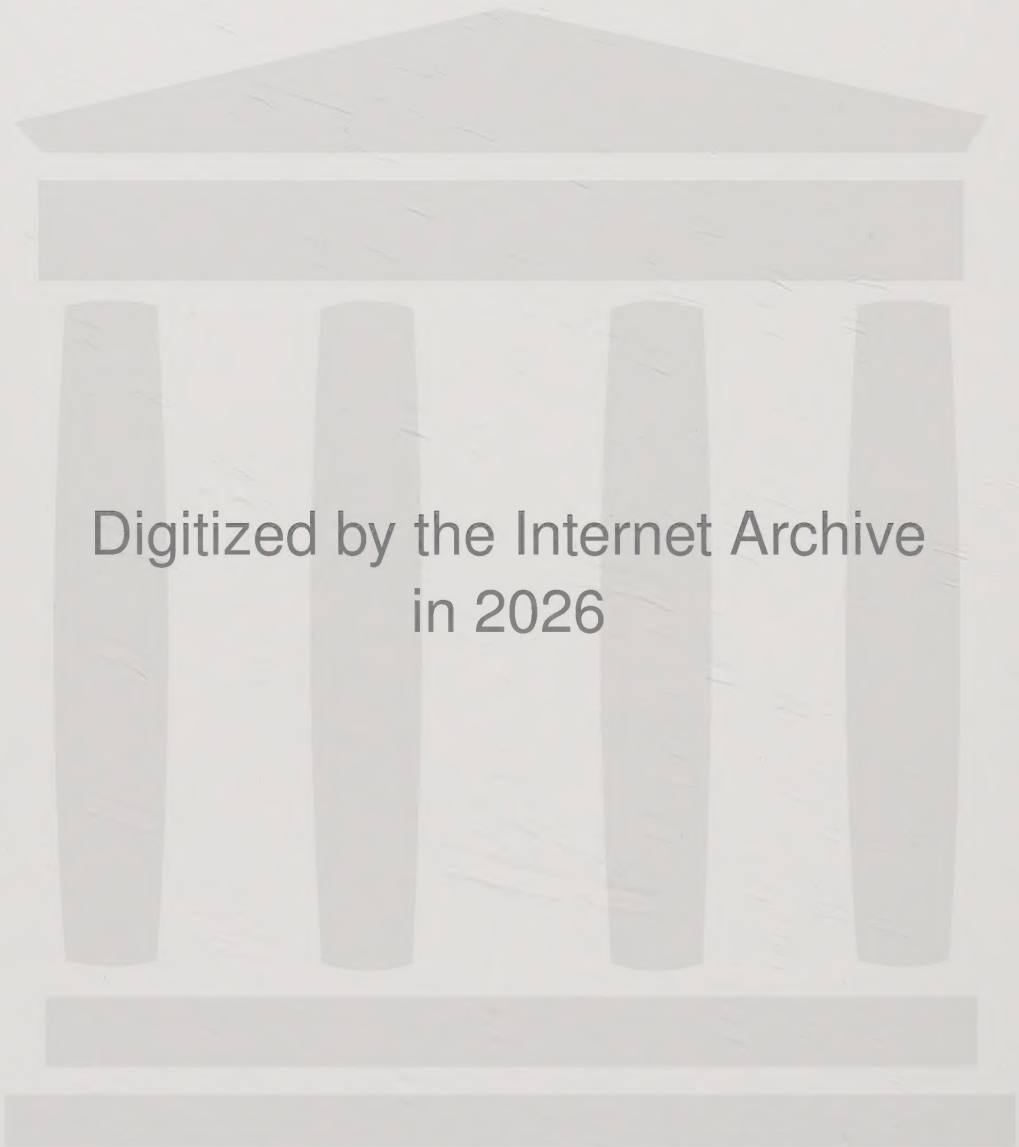
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement
le mercredi 17 mai 1972

par

Jean MUSSAUTE
né le 4 septembre 1944 à Arcachon
OTO-RHINO-LARINGOLOGISTE

EXAMINATEURS DE THÈSE

MM. les Professeurs	R. PAUTRIZEL.....	*Président*
	G. MORETTI	*Juges*
	M. PORTMANN	
	A. SERISÉ.....	


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547317_0018

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II

UNITÉS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DES SCIENCES MÉDICALES

Année 1972 Thèse N° 69

A PROPOS DE LA PATHOLOGIE O.-R.-L. CHEZ LE MALADE HANSENIEN

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
présentée et soutenue publiquement
le mercredi 17 mai 1972

par

Jean MUSSAUTE
né le 4 septembre 1944 à Arcachon
OTO-RHINO-LARINGOLOGISTE

EXAMINATEURS DE THÈSE

MM. les Professeurs	R. PAUTRIZEL.....	*Président*
	G. MORETTI	
	M. PORTMANN	*Juges*
	A. SERISÉ.....	

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur R. PAUTRIZEL

Professeur d'Immunologie de Biologie parasitaire
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé
Membre correspondant de l'Académie de Médecine
Officier de l'Ordre National du Mérite
Croix de guerre 1939-1945
Officier des Palmes Académiques
Médaille de Vermeil du Service de Santé de la Marine
Officier du Mérite Sénégalais
Biologiste des Hôpitaux

Vous nous avez fait l'honneur de présider notre jury de thèse. Veuillez accepter nos respectueux remerciements et trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES,

à Monsieur le Professeur G. MORETTI

Professeur de Clinique médicale propédeutique et médecine tropicale
Médecin des Hôpitaux, chef de service
Médecin des Hôpitaux maritimes
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Officier des Palmes Académiques
Chevalier du Mérite Maritime
Chevalier de l'Etoîle d'Anjouan
Mérite de l'Afrique Noire

En respectueux hommage pour l'honneur qu'il nous a fait par sa présence dans notre jury de thèse.

à Monsieur le Professeur A. SERISE

Professeur sans chaire (Hygiène)
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille militaire
Croix de guerre 1939-1945
Chevalier des Palmes Académiques
Chevalier de la Santé Publique
Officier de l'Ordre du Mérite

Avec la bienveillance qui vous est coutumière, vous avez bien voulu faire partie de notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Professeur M. PORTMANN

Agrégé d'Oto-Rhino-Laryngologie
Oto-rhino-laryngologiste - assistant des Hôpitaux
Officier des Palmes Académiques

La clarté de votre enseignement, votre sens pédagogique incomparable, vos extraordinaires connaissances, votre stupéfiante adresse chirurgicale, sont connus de chacun.

Que je sois digne d'avoir été de vos élèves et mériter la confiance que vous m'avez témoignée.

Je suis heureux de pouvoir vous exprimer ici toute ma gratitude et vous assurer de mon très respectueux et très fidèle attachement.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE BORDEAUX ET DE L'EXTERNAT DES HOPITAUX DE BORDEAUX

En témoignage de reconnaissance pour leur enseignement

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

BARBE (O.R.L.)
BOUTOT (O.R.L.)
BRIDIER (Electro-radiologiste)
CHEVALIER (M.G.)
COLLIER (Médecin-chef de l'Hôpital Psychiatrique VAUCLAIRE)
GERMAIN (Chef de service O.R.L. de l'Hôpital Gl de Pointe-à-Pitr
GRESSIET (M.G.)
ICHARD (M.G.)
MAUZE (M.G.)
NICLAUSSE (O.R.L.)
PUJO (Chirurgien-chef de l'Hôpital d'Arcachon)
ROSTANT (Médecin-chef de l'Hôpital Hansénien de Pointe-Noire)
TRAISSAC Louis (O.R.L.)
VERSINI (M.G.)

Votre confiance à mon égard, vos précieux conseils, votre amicale bonté n'ont pu que vous attacher celui qui a eu la joie de travailler avec vous. Je suis heureux de vous en exprimer ici toute ma reconnaissance.

AUX V.A.T. DE LA GUADELOUPE,

U N I V E R S I T E DE B O R D E A U X II

PRESIDENT : M. H. BRICAUD - VICE-PRESIDENTS : MM. R. STOLL
Cl. BERAUD, E. SICARD

U.E.R. MEDICALES

DOYENS HONORAIRES : MM. G. PORTMANN, R. SIGALAS, F. TAYEAU

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CREYX, DARGET, R. SIGALAS, G. PORTMANN, M. RIVIERE, R. FABRE, P. FOURMENT, E. AUBERTIN, X.J. DUBECQ, L. MASSE, A. LACHAPELLE, J. DESPONS, G. DUBOURG, P. DELMAS-MARSALET, A. RIGAUT, J. VILLAR, P. DERVILLEE, P. LE COULANT, L. POUYANNE

MAITRE DE CONFERENCES AGREGE HONORAIRE

M. BERGER

PRESIDENT DU COMITE DE COORDINATION DES ETUDES MEDICALES :

M. H. BRICAUD

DIRECTEURS DES U.E.P. MEDICALES :

MM.	J. RIVIERE.....	Sciences Médicales I
	C. WONE.....	Sciences Médicales II
	Cl. MARTIN-DUPONT.....	Sciences Médicales III
	P. BENOIT.....	Odontologie
	G. MORETTI.....	Médecine et Hygiène tropicales
	R. GRANDPIERRE.....	Biologie et Physiopathologie des Facteurs d'Ambiance
	M. BLANC.....	Psychiatrie
Mlle	G. ROUGIER.....	Institut Universitaire d'Education Physique et Sportive

PROFESSEURS TITULAIRES

R. MANDOUL.....	Zoologie et parasitologie
J. REBOUL.....	Carcinologie
R. GRANDPIERRE.....	Physiologie
P. BROUSTET.....	Clinique médicale cardiologique
F. TAYEAU.....	Biochimie médicale A
G. MAYER.....	Histologie et embryologie
P. BLANQUET.....	Physique nucléaire appliquée et radiobiologie
R. SARIC.....	Clinique médicale
J.J. DUBARRY.....	Hydro-climatologie thérapeutique et clinique des maladies de l'appareil digestif
Y. TRAISSAC.....	Clinique thérapeutique
R. MAHON.....	Clinique d'accouchements
R. PAUTRIZEL.....	Immunologie et biologie parasitaire
Mlle G. ROUGIER.....	Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports
G. MOUSTARDIER.....	Bactériologie
E. BESSIERE.....	Clinique ophtalmologique
H. LEGER.....	Anatomie pathologique
G. MORETTI.....	Clinique médicale propédeutique et Médecine tropicale
N.	Clinique oto-rhino-laryngologique
P. LAUMONIER.....	Clinique chirurgicale pleuro-pulmonaire
N.	Clinique médicale et des maladies infectieuses
R. LETAC.....	Pathologie et recherches chirurgicales
E. NEUZIL.....	Biochimie médicale B
R. STOLL.....	Biologie
J. LANGE.....	Clinique urologique
P. FREOUR.....	Hygiène et Clinique de pneumophtisiologie
J. FAURE.....	Médecine expérimentale et physiopathologie
N.	Clinique chirurgicale des maladies cardiaques
N.	Clinique gynécologique
J. DUHAMEL.....	Physique médicale et pharmaceutique
R. CHOUSSAT.....	Pathologie médicale
L. CHASTRUSSE.....	Clinique obstétricale
P. VERGER.....	Clinique médicale des maladies des enfants
F. LAPORTE.....	Chirurgie générale
R. TINGAUD.....	Clinique chirurgicale
Cl. RICHIR.....	Anatomie pathologique
H. BRICAUD.....	Cardiologie
P. BENOIT.....	Clinique odonto-stomatologique
Cl. MARTIN-DUPONT.....	Clinique néphrologique

.../...

PROFESSEURS TITULAIRES (Suite)

R. CANIVEC.....	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
G. DELORME.....	Electroradiologie
J. DEPAULIS.....	Séméiologie chirurgicale
J. RIVIERE.....	Séméiologie médicale
H. DULONG DE ROSNAY.....	Bactériologie, Virologie
R. DARMAILLACQ.....	Gynécologie et Obstétrique
H. POUYANNE.....	Clinique neuro-chirurgicale
A. CASTAING.....	Réanimation respiratoire et anesthésiologie
L. DOUTRE.....	Clinique chirurgicale A
R. MARAUD.....	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
H. CABANIE.....	Anatomie
J. DAVID-CHAUSSE.....	Rhumatologie
J. STAEFFEN.....	Médecine interne
P. SOURREIL.....	Dermato-Vénéréologie
P. LOISEAU.....	Clinique Neurologique
P. L'EPEE.....	Médecine légale et Médecine du travail
R. GENESTE.....	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
L. TEXIER.....	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
J. VIDEAU.....	Anatomie et Organogénèse

PROFESSEUR ASSOCIE

J. MOULINIER.....	Immunologie, Hématologie, Maladies du sang

PROFESSEURS SANS CHAIRE

J. MARQUEVIELLE.....	Biochimie
M. BLANC.....	Psychiatrie d'adultes
Cl. MASSE.....	Chirurgie générale
P. du PASQUIER.....	Bactériologie, Virologie
J. P. DUBECQ.....	Gynécologie et Obstétrique
G. NEVERRE.....	Physiologie
J. MEUNIER.....	Histologie, Embryologie, Cytogénétique
A. SERISE.....	Médecine préventive et Santé publique, Hygiène

.../...

PROFESSEURS SANS CHAIRE (Suite)

P. FERRET-BOUIN.....	Biophysique
P. BLANCHOT.....	Médecine interne
Cl. BERAUD.....	Hépatologie, Gastro-entérologie
J. BROUSSIN.....	Radiologie
R. TESSIER.....	Pneumologie-Phtisiologie
Cl. LAGARDE.....	Cancérologie
J. SOUMIREU-MOURAT.....	Gynécologie et Obstétrique
J. AUBERTIN.....	Maladies infectieuses, maladies tropicales
J. BENTEGEAT.....	Immunologie, Hématologie, Maladies du sang
G. CABANIEU.....	Médecine interne

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

R. JENSEN.....	Biochimie
M. J. SECHET.....	Biochimie
H. LAZARINI.....	Médecine du travail
R. LE LOURD.....	Pneumologie-phtisiologie
L. COURAUD.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
L. ARNE.....	Thérapeutique, Réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie
Cl. MARTIN.....	Pédiatrie, Génétique médicale
C. WONE.....	Néphrologie
J. JULIEN.....	Neurologie
J.J. BATTIN.....	Pédiatrie, Génétique médicale
M. DALLOCHIO.....	Cardiologie
P. VERIN.....	Ophtalmologie
M. GOT.....	Neurochirurgie
J. TAVERNIER.....	Radiologie
J. VINCENT.....	Physiologie
R. CHEVAIS.....	Anesthésiologie
G. GILLARDEAU.....	Anesthésiologie
G. BRUN.....	Gynécologie et Obstétrique
J. HONTON.....	Orthopédie, Traumatologie, Chirurgie plastique et reconstructive
A. HUGUES.....	Cancérologie
M. SABATHIE.....	Anesthésiologie
A. BROUSTET.....	Médecine interne
J.L. LATAPIE.....	Médecine interne
B. LENG.....	Médecine interne
J. PACCALIN.....	Thérapeutique, réanimation médicale, rééducation fonctionnelle et Hydrologie

.../...

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES (Suite)

J.M. CAILLE.....	Radiologie
P. BESSE.....	Cardiologie
M. APARICIO.....	Néphrologie
Mme C. BEYLOT.....	Dermato-Vénéréologie
J.M. GUILLARD.....	Pédiatrie, Génétique médicale
J. PERISSAT.....	Chirurgie générale
D. LANGE.....	Urologie
F. COHADON.....	Neurochirurgie
Mme M.J. LE REBELLER.....	Optalmologie
F.X. MICHELET.....	Stomatologie
J.Cl. ROQUES.....	Biophysique
A. CASSAIGNE.....	Biochimie
J. ROZIER.....	Physiologie
J. DANGOUMAU.....	Pharmacologie
J. TRIBOULEY.....	Parasitologie
G. DELMON.....	Anatomie pathologique
Cl. BENSCH.....	Physiologie
P. LEMAN.....	Neurochirurgie
J. Cl. FAVAREL-GARRIGUES.....	Thérapeutique, réanimation médicale, Rééducation fonctionnelle et Hydrologie
F. MOREAU.....	Médecine interne
G. COURTY.....	Pneumologie-Phtisiologie
J.P. BROUSTET.....	Cardiologie
A. QUINTON.....	Hépatologie, gastro-entérologie
B. SANDLER.....	Pédiatrie, génétique médicale
P. BOISSIERAS.....	Chirurgie générale
M. PARNEIX.....	Chirurgie générale
A. LE REBELLER.....	Orthopédie, traumatologie, chirurgie plastique et reconstructive
D. DUCASSOU.....	Biophysique
Cl. VITAL.....	Anatomie pathologique
J. BERNADOU.....	Médecine préventive et santé publique Hygiène (option clinique)
J. SENEGAS.....	Anatomie et organogénèse (option orthopédie)

AGREGES EN EXERCICE

F. FONTAN.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
J. LASSERRE.....	Orthopédie, traumatologie, chirurgie plastique et reconstructive

.../...

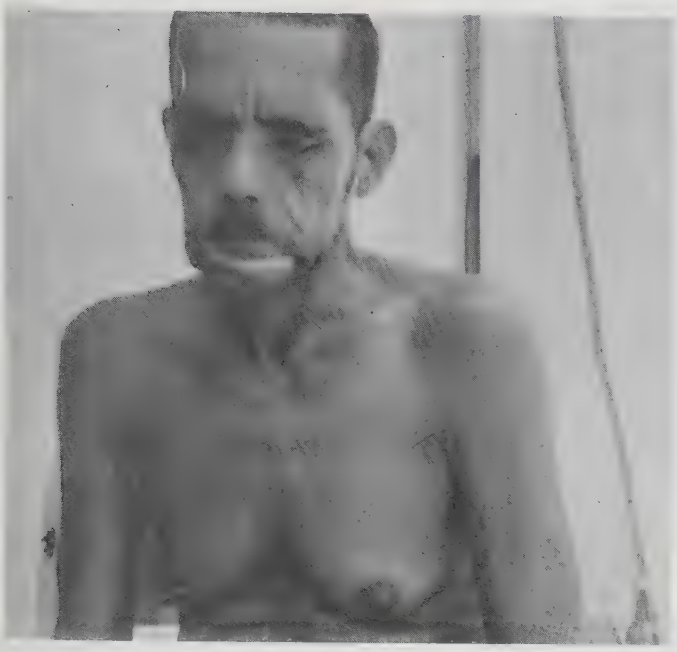
AGREGES LIBRES

G. FAUGERE.....	Gynécologie et Obstétrique
L. CORCELLE.....	Ophtalmologie
M. PORTMANN.....	Oto-rhino-laryngologie
F. BALLANGER.....	Urologie
J.P. CALAMEL.....	Chirurgie générale

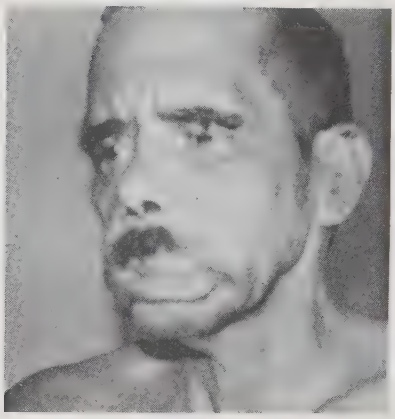
DELEGUE DANS LES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES

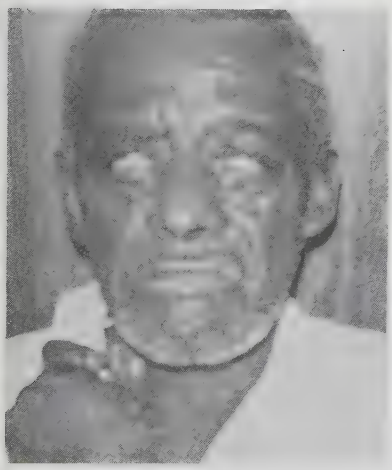
M. BOURGEOIS.....	Psychiatrie d'adultes

PARALYSIE FACIALE

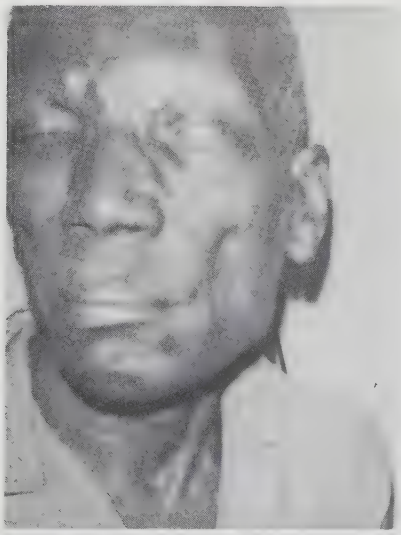


I - Faciès antonin dû
à une paralysie faciale bilatérale
(à noter une gynécomastie associée)





Paralysie faciale bilatérale
étiologie (Hansen)



III - Paralysie faciale unilatérale
étiologie (Bacille de Hansen)

P L A N

- INTRODUCTION
- GEOGRAPHIE ET HISTORIQUE
- RAPPEL CLINIQUE
- SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE & MATERIEL D'ETUDE

CHAPITRE I

- LESIONS DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES
- LESIONS SINUSIENNES
- LESIONS AURICULAIRES

CHAPITRE II

- PARALYSIE FACIALE LEPREUSE

CHAPITRE III

- ROLES D'UN O.R.L. AU SEIN D'UNE EQUIPE DE LEPROLOGUES
  - Diagnostique
  - Thérapeutique
  - Prophylactique

CONCLUSIONS

INTRODUCTION

La lèpre si elle n'est plus ce spectre à crécelle qui terrorisait le Moyen-Age demeure encore d'une effroyable réalité en de multiples foyers mondiaux et pour 11 millions de malades (chiffre de Bechelli).

Elle sévit particulièrement en Guadeloupe où elle constitue une menace permanente.

Le but de notre étude sera d'envisager les aspects intéressant plus particulièrement l'O.R.L. dans cette maladie et d'envisager les tâches de ce dernier au sein d'une équipe de léprologues.

HISTORIQUE DE LA LEPRE EN O.R.L.

La connaissance des manifestations lépreuses au niveau des muqueuses des voies respiratoires hautes et notamment de la pituitaire est déjà ancienne. Depuis le premier congrès international de Berlin en 1897 de nombreux travaux ont été consacrés à l'étude des lésions lépreuses de la sphère O.R.L.

La première étude d'ensemble sur les affections nasales pharyngées et laryngées de la lèpre est due à Jeanselme et Laurens (Juil. 1897). Elle a pour base l'étude de 25 lépreux. Quinze d'entre eux présentaient des lésions spécifiques de la sphère respiratoire haute soit 60 % des cas. Encore faut-il préciser que cette statistique ne concerne que les formes lépreuses ou mixtes. Dans deux cas de formes nerveuses il n'y avait pas de lésions spécifiques.

Antérieurement Jeanselme, sur 282 cas observés en Indochine, avait trouvé des lésions nasales très importantes chez une soixantaine de malades.

En 1926, Portmann et Retrouvey publient une étude sur la rhinite lépreuse avec deux observations très détaillées : ils insistent sur l'importance du mucus nasal comme agent de transmission et signalent aussi que l'on trouve des lépreux chez lesquels l'examen objectif et bactériologique montre l'intégrité des fosses nasales.

Jean Fouquet en 1932 (la rhinite lépreuse PARIS MEDICAL) publie l'observation d'un lépreux à Wassermann fortement positif, dans son cas l'examen des fosses nasales avec prélèvement de mucus avait permis de corriger le premier diagnostic de syphillis.

.../...

Le Mée Pugnaire et Mazarakis à propos d'une enquête sur 206 cas en Océanie Française font des constatations qui diffèrent à la fois de celles de J et Laurens et de celles publiées à la même époque par Pinkerton sur les lépreux d'Hawaï (1932--1933).

Le Mée et Debain en 1951, Guns et Lechats au Congo Belge en 1955, Sarola à Casablanca en 1954, ont beaucoup fait avancer nos connaissances de cet aspect particulier de l'affection.

Récemment encore J.Reynaud et J. Languillon publiaient les effets locaux des thérapeutiques spécifiques.

En 1963, une étude remarquable était effectuée par l'école O.R.L. de Saïgon de part le très grand nombre de cas étudiés : 1000 (Tissié et Coll.)

Tout dernièrement, en 1970, J. Beretti & Faidherbe publiaient une étude statistique.

O
O O O O
O

CONTEXTE GEOGRAPHIQUE ET HISTORIQUE

A - GEOGRAPHIE

L'insularité de la Guadeloupe et des îles administrativement rattachées, le remarquable travail en profondeur des léprologues départementaux nous ont permis d'effectuer cette étude.

La Guadeloupe subtropicale et caraïbe (16° de latitude nord, 61° de longitude ouest) dans l'axe des petites Antilles est un archipel de 1702 km^2 dont la personnalité géographique est empreinte de diversité.

On distingue le continent séparé en 2 grandes îles par la rivière salée et les îles.

a) le continent

- Grande-Terre 586 km^2 - 160.000 habitants, est une plaque madréporique sédimentaire tavelée de mornes ou collines et de fonds.
- Basse-Terre volcanique, montagneuse pour la quasi totalité de ses 848 km^2 couverte d'une dense forêt tropicale ; ses 130.000 habitants vivent sur une étroite bande côtière.

b) les îles

Trois sont à vue : Marie-Galante, la Désirade, l'Archipel des Saintes.

- Marie-Galante : plateau calcaire et argileux marqué de mornes arides
- La Désirade : à l'est de l'archipel plateau aride et désolé battu par l'Atlantique était l'ancien site de léproserie.
- Les Saintes : Archipel de 6 îles, collines volcaniques émergeant de grands fonds marins.

Saint-Martin et Saint-Barthélémy constituent l'archipel nord à 250 km. Ce sont des îles volcaniques hérissées de collines sèches et arides. Entre ces îles les communications sont fréquentes mais onéreuses.

B - CLIMATOLOGIE

Le climat obéit à une double influence due à la situation tropicale et au caractère insulaire de l'archipel.

Les dominantes en sont :

- une forte humidité atmosphérique (70%)
- des saisons peu tranchées
- de faibles amplitudes thermiques
- les alizés

C - CONTEXTE HUMAIN

Les 328.000 habitants (1er janvier 1971),peuvent être répartis en quatre ethnies dont les limites sont parfois floues :

- Noirs : 80% de la population
- Blancs : - créoles ou blanc pays installés en Guadeloupe depuis plusieurs générations
  - libanais et syriens
  - métropolitains
- Métis
- Hindous : expatriés des Indes Orientales à la fin de la période exclavagiste

Les classes les moins favorisées se recrutent chez les noirs et les hindous, le niveau de vie est plus élevé ches les métis et les blancs.

La grande majorité des habitants vit encore dans une grande promiscuité et une hygiène insuffisante dans des habitations de bois ou "cases" souvent agglutinées en des "sections" en périphérie des villes et des villages.

Par ailleurs, il persiste avec une médecine parallèle encore vivace de nombreux tabous sur l'affection lépreuse.

D - HISTORIQUE

Maladie très ancienne, elle est mentionnée dans les documents écrits ou imagés des plus ancienne civilisations. Elle est en particulier décrite sous le nom de KUSHTA (affection héréditaire

.../...

et punition divine des criminels) dans un traité de médecine indien en l'an 600 av. J.C. et sous celui de LAI-FON dans un très ancien ouvrage médical chinois : le SU-WEN.

"Sans doute vient-elle de l'Inde mais plus encore son origine s'intègre dans le problème plus vaste de l'origine de l'espèce humaine" (BURNET).

De l'Inde, la lèpre se répand dans l'Archipel Malais, la Chine et le Japon. Elle gagne le bassin méditerranéen dans les bagages des Phéniciens et Rome victorieuse la propage en Europe où elle sèmera l'effroi pendant tout le Moyen-Age.

Elle s'est propagée dans les différentes parties du Monde. Les principaux foyers sont, de nos jours, par ordre d'importance : l'Asie, l'Afrique, l'Océanie, l'Amérique et l'Europe.

Il est difficile de déterminer à quelle époque remonte son arrivée en Amérique. Est-elle connue des Caraïbes ? Les premiers occupants de la Guadeloupe ? Rien ne permet de l'affirmer. Ce n'est qu'avec le douloureux problème de l'esclavage que cette affection fait son apparition dans les textes.

Dès 1942, à l'époque de la traite, des mesures sévères ont été prises pour arrêter l'importation des lépreux dans nos colonies d'Amérique. Des commission spéciales furent créées : elles procédaient à un examen attentif des esclaves pour déjouer les fraudes des capitaines négriers qui maquillaient les taches cutanées, l'une des premières manifestations du mal.

En 1718, le code Noir autorisait par une Ordonnance du Roy l'annulation par les Tribunaux des colonies de la vente des esclaves lépreux.

Il est certain qu'au début du 18ème siècle le problème était d'importance. Dès 1725, les ravages épouvantables causés par la maladie entraînèrent des requêtes contre les lépreux. Ainsi fût instituée une ordonnance en mai 1728 qui établissait la création d'une léproserie dans l'île de la DESIRADE et l'obligation aux lépreux de s'y rendre.

Une visite médicale permit de découvrir 125 lépreux dont 22 blancs sur une population de 4.300 habitants. Au début, il n'y eut pas d'hospice proprement dit, on mit à la disposition des lépreux un vaste espace sur lequel ils construisirent des cases et mirent le reste en culture. Le propriétaire d'esclaves devait subvenir à leurs besoins et la colonie ne prenait en charge que les individus dénués de ressources, les autres devaient pourvoir à leur subsistance. Mais l'île est éloignée de la Guadeloupe, d'accès difficile et dangereux Par ailleurs, elle fait figure d'île des damnés. Aussi les lépreux de Guadeloupe se cachent-ils et on les oublie. Ceux de DESIRADE non surveillés regagnent peu à peu la Grande-Terre.

En 1788, ils sont si nombreux qu'ils constituent un véritable danger. En 1795, on fait un nouveau recensement hansénien et on envoie 95 malades à la DESIRADE.

.../...

En 1808, après la prise de l'île par l'Angleterre, les lépreux ne sont plus soumis à aucune surveillance et reviennent sur la Grande-Terre, semant la terreur et la crainte.

En 1810, on procéda à de nouvelles recherches et on les renvoya à la DESIRADE. Les lépreux y restèrent sous la surveillance d'un chef, mais rien n'avait été construit pour les abriter et les traiter. Aussi, en 1829, on entreprend la construction d'un hospice régulier.

Vers la fin du 19ème siècle, on constate un développement de la léproserie. En 1899, 121 malades sont hospitalisés à la DESIRADE.

C'est en 1932 que l'on a commancé à constituer des dossiers concernant les hanséniens.

Jusqu'en 1949, ce sont des médecins militaires coloniaux qui assurent le service médical de la léproserie. En octobre 1948, l'Institut Pasteur se voit confier la responsabilité technique du service de la lèpre, puis en juin 1949, celle-ci passe sous l'autorité de la Direction Départementale de la Santé. La léproserie de la DESIRADE devient un lieu d'isolement. A l'Institut Pasteur, le dispensaire hansénien devient un centre de dépistage, de traitement et de contrôle.

En 1946-47, un projet fut conçu par le Colonel MURAINE pour construire un village hansénien en Guadeloupe. Le professeur SAUTET fit beaucoup pour l'aboutissement d'un hôpital hansénien qui fut créé à Pointe-Noire. C'est pour répondre, disait-il, à une nécessité internationale sans cesse formulée par l'O.M.S., qui condamnait la ségrégation abusive des lépreux, que l'hôpital hansénien de Pointe-Noire a été créé et construit, puis inauguré en août 1959.

Après une réaction de mécontentement des habitants de cette localité, l'heure fut à la compréhension et l'Hôpital Hansénien vit aujourd'hui sans soucis particuliers. L'Hôpital Hansénien d'une capacité totale de 180 lits sur une superficie de 10 hectares comprend :

- 1 bloc central d'hospitalisation de 60 lits avec :
  - 1 service de médecine
  - 1 service de chirurgie
  - 1 service de radiologie
  - 1 service d'O.R.L.
  - 1 service d'opntalmologie
  - 1 pharmacie
  - 5 salles de pansements et traitements
  - 1 salle de consultation

- 1 ensemble de 14 pavillons pour chroniques valides dont 4 de deux appartements pour couples, et 10 de 4 chambres pour célibataires. Des bâtiments annexes tels que l'économat, les logements pour le personnel et la communauté religieuse.

Sur le plan administratif, l'hôpital est classé départemental. L'autorité de tutelle appartient au Préfet.

.../...

L'équipe médicale est composée de :

- 1 médecin-chef
- 1 médecin-assistant
- 1 interne S.M.A.

infirmières (en majeure partie ce sont des religieuses)

L'Hôpital fonctionne pratiquement à 95 % de ses possibilités.

- Au 1/01/1970 : 155 hospitalisés - Au 1/01/1971 : 118 hospitalisés
- Au 31/12/1970 : 149 hospitalisés - Au 31/12/1971 : 102 hospitalisés

Pour 1970, 81 admissions (dont 35 réadmissions, 76 exéats dont 50 négativités stabilisés) - Pour 1971 62 admissions (dont 20 réadmissions, 78 exéats dont 2 décès).

Au sein de l'hôpital Hansénien existe un service de consultations externes qui effectue les contrôles des malades non hospitalisés et assure le dépistage des consultants. Ce service a sensiblement les mêmes structures et le même rôle que le Dispensaire anti-Hansénien de L'Institut Pasteur.

De même une équipe de l'Hôpital Hansénien assure un service itinérant de dépistage qui contrôle, dans le secteur de la Guadeloupe, les enfants des écoles et les malades des dispensaires communaux. En 1970, ila visité 1.235 personnes (dont 50 lépreux dépistés et déclarés).

o
o o o o
o

RAPPEL CLINIQUE ET EPIDEMIOLOGIQUE

Il nous paraît utile de rappeler les caractères principaux de cette affection.

La lèpre est une maladie infectieuse, contagieuse due au bacille de Hansen (découvert en 1873).

Le Bacille de Hansen est un mycobactérium qui s'apparente au bacille de Koch et a de grandes ressemblances avec lui, acido, alcoolo résistant colorable au Ziehl-Nielsen.

Il est polyphorme selon :

- la forme clinique de la maladie
- la résistance du sujet
- la réponse à la thérapeutique

On le décrit court, long, granuleux, isolé ou en amas (Globi).

- Il se multiplie par scissiparité
- Il ne sporule pas
- Il n'est pas cultivable (malgré des résultats intéressants et des centaines de travaux)
- Il n'est pas transmissible à l'animal (les travaux de MUNKERJEE, CHATERJEE, GUNDERS, BINFORD, SHEPARD n'ont donné que des résultats inconstants et transitoires).

A - PORTE D'ENTREE

La contamination se fait par une brèche dans le revêtement cutané par contage direct ou indiret. Le rôle de la pituitaire en temps que porte d'entrée, affirmé par JEANSELME et LAURENS, encore évoqué par LE MEE et DEBAIN est aujourd'hui généralement très contesté. COCHRANE nie toute participation.

Il n'en reste pas moins qu'elle demeure, dans les formes bacillifères, une voie de dissémination et de contagion notable.

B - INCUBATION

L'incubation est silencieuse, la plupart des léprologues admettent une période moyenne de deux à cinq ans avec chiffre limite

- 3 mois dans l'observation de MONTESTRUC
- 10 années ou plus.

.../...

C- FORMES CLINIQUES

Puis vont apparaître les premiers symptômes réalisant plusieurs formes cliniques.

Depuis le 5ème Congrès International de la Havane en 1948, la plupart des Léprologues distinguent deux types polaires :

- stables { Forme Lépromateuse
  { Forme Tuberculoïde (mineure ou majeure)
- instables { Forme indéterminée
  { BORDELINE ou frontière de WADE

Le début est insidieux : la lésion initiale à type de macule cutanée dyschromique, dysesthésique, souvent unique passe inaperçue.

A la période d'état, les manifestations cliniques sont diverses selon la forme et le type.

D - MANIFESTATIONS CUTANEES

a) Forme tuberculoïde : ainsi appelée à cause de sa structure histologique, rappelant le follicule tuberculeux, la lésion type est la lépride, macule ou papule isolée ou parfois multiple, le plus souvent arrondie ou polycyclique.
La zone centrale en est déprimée hypopigmentée, hypo ou achromique, atrophique ou écailleuse, elle est le plus souvent anesthésique. Son pourtour relevé, avec un versant externe nettement délimité et érythémateux fait de cette lésion à extension périphérique et résolution centrale : la lépride marginée centrifuge.

b) Forme lépromateuse : cette forme maligne se présente sous divers aspects :

- nodulaire : c'est le lépreme nodule à contour régulier, bien limité, recouvert de peau normale, indolore, mais non anesthésique, son siège d'élection est le visage (où il peut réaliser le typique faciès Léonien) et la zone d'extension des membres.
- maculeuse : macule erythémateuse, à contour mal limité, anesthésique au centre, mais non à la périphérie.
- infiltrée : de larges placards surélevés, indolores mais souvent anesthésiques.

Toutes les associations de ces trois types de lésions sont possibles (forme maculo-nodulaire....)

c) Forme Borderline : plaque surélevée, vineuse en forme de soucoupe renversée et prédominant au visage.

.../...

d) Forme Indéterminée : macule pure dyscromique et le plus souvent anesthésique.

- diagnostic différentiel : il évoque tout l'atlas de la dermatologie : vitiligo, lupus erythémateux, toxicodermie, erythème polymorphe, psoriasis, B.B.S., roséole syphilitique.

E - MANIFESTATIONS MUQUEUSES

Elles relèvent du sujet de cette thèse et seront exposées en détail dans les chapitres suivants.

F - MANIFESTATIONS NERVEUSES

a) troubles sensitifs : les premiers apparus avec la très classique notion de dissociation thermo-analgésique.

b) troubles moteurs : parésie, puis paralysie

- Cubital (70% dans la statistique de J. MURDOCK)
- S.P.E. (53% dans la statistique de CHATTERJEE)
- Plexus cervical superficiel
- Facial

Ces manifestations nerveuses peuvent déterminer des troubles trophiques (maux perforants).
On constate aussi des hypertrophies des troncs des nerfs.

G.- AUTRES MANIFESTATIONS

Elles peuvent être classées :

a) en manifestations viscérales :

- Blyadénopathies indolores, myocardites
- Hépatomégalie ou même cirrhose latente
- Pancréatite fibreuse
- Localisations pulmonaires
- Localisations réno-vésicales
- Localisations endocriniennes

b) en manifestations ostéro-articulaires :

- Arthropathie destructive et ostéoposrose engendrant les mutilations connues

c) en manifestations oculaires

.../...

d) en manifestations générales que l'on rencontre surtout au cours de la réaction lépreuse chez le lépromateux ou de l'exacerbation aigüe chez le tuberculoïde, sont encore d'une etiopathogénie très discutée.

H - EVOLUTION ET PRONOSTIC

Elle est conditionnée par deux éléments importants :

- le traitement qui doit être continu, régulier et dans les formes malignes poursuivi toute la vie.

- la résistance naturelle du sujet.

Cette dernière peut être testée par la réaction à la lépromine mise au point par MITSUDA : il s'agit d'une intradermo réaction à des antigènes de B.H. tués.

Cette réaction est un des critères de classification.

Dans la forme lépromateuse, le sujet est anergique, le MITSUDA est négatif.

Dans la forme tuberculoïde le sujet est allergique, le MITSUDA est positif, ce qui signe une défense spontanée de l'organisme.

Dans la forme indéterminée et Bordeline, le MITSUDA peut être positif ou négatif.

Cette réaction mettrait en évidence comme le pense ROTBERG, un facteur Naturel de résistance anti BH, le facteur N Congénital et héréditaire qui doit être éveillé pour se matérialiser.

I - DIAGNOSTIC

- Diagnostic Clinique : par la recherche de lésions typiques

- Diagnostic Bactériologique :
  - par la mise en évidence de l'agent pathogène, le B.H. qui est recherché.
  - par l'examen de la muqueuse pituitaire
  - par l'examen de sérosité dermique de lésions suspectes
  - par l'examen de sérosite dermique de lobule de l'oreille

- Diagnostic Histopathologique : lorsque les diagnostics cliniques et bactériologiques ne permettent pas de conclure, l'anatomo-patologiste permet d'être formel, et aussi de classer le type de lèpre.

- Diagnostic immunologique : c'est la réaction de MITSUDA

.../...

On a rarement à faire de sérodiagnostic par immunofluorescence (MERKLEN & COTTENOT) ou l'électrophorèse de sérums de lépreux (JOLIBOIS & CARTERON) qui relèvent davantage de la recherche expérimentale que du dispensaire de soins.

Il existe donc de nombreux repères permettant d'ettayer le diagnostic. Ce qui, avec un diagnostic précoce entraîne ipso facto un traitement rapide avant la phase irréversible des lésions et surtout sur le plan épidémiologique, l'arrêt des activités contagieuses, d'un malade parfois très bacillifère.

O
O O O O
O

SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE & MATERIEL D'ETUDE

En 1970, le chiffre total recensé est de 2.212 lépreux pour 314.000 habitants, soit un indice de prévalence de 0,7%. C'est-à-dire que pour le médecin Guadeloupéen, la lèpre a une fréquence aussi grande que la tuberculose.

On peut dégager des études statistiques, les éléments suivants :

- 34 % sont des formes lépromateuses malignes et contagieuses
- l'indice de prévalence croît avec l'âge. De 0,23 % de 0 à 20 ans il passe de 1 % de 0 à 60 ans pour atteindre 2 % chez les gens de plus de 60 ans. C'est conforme aux données classiques.
  Une majorité d'hommes (1.137) donne un pourcentage d'autant plus élevé que le sexe faible est légèrement majoritaire dans l'île.

NOTRE MATERIEL D'ETUDE

Nous avons examiné systématiquement 104 malades de l'Hôpital Hansénien de POINTE-NOIRE, sans sélection d'aucune sorte d'après leur ordre d'admission. Il s'agit donc d'une population où l'on note de grandes variations d'âge, d'ancienneté de maladies, de pluralité de traitements. Nous ne pouvons donc faire intervenir les résultats thérapeutiques faute d'avoir pu instituer un examen comparatif, au début et à la fin de chaque thérapeutique.

Le profil de cette population est particulier en raison des différents rôles de l'Hôpital Hansénien :

- centre d'isolement
- centre de soin
- asile et village de lépreux

Nos 104 malades se répartissent ainsi :

	HOMMES : 72	FEMMES : 32	%
T	18	8	25 %
L	52	23	73 %
I & B	2	1	2 %

.../...

AGE	HOMMES	FEMMES	TOTAL
0 à 20 ans	8	2	10
20 à 60 ans	36	18	54
+ de 60 ans	27	13	40

Ceci ne reflète pas le profil de la population dont 50 % à moins de 20 ans.

- Race blanche Hommes : 4 Femmes : 1
- Noirs et Métis Hommes : 68 Femmes : 31

Il y a là une autre donnée classique, la lèpre est plus fréquente chez les sujets appartenants à des couches de la population plus défavorisée donc à hygiène insuffisante.

O
O O O O
O

CHAPITRE I

I - LESIONS DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES

Au niveau des voies supérieures aériennes, la lèpre se localise d'abord sur les fosses nasales, pour gagner ensuite le pharynx et le larynx. La lèpre a donc une marche descendante.

Nous envisagerons successivement :

- les lésions nasales
- les lésions endopharyngées
- les lésions pharyngées.

A - LESIONS NASALES

Fréquences :
- 81,8 % dans la série de 1.000 cas de Saïgon
- 80 % dans la série de 80 cas de Béretti à Nouméa
- à peu près 100% pour Reynaud & Languillon dans leur série de 142 malades de l'Institut Marchoux
- Nous avons noté nous-mêmes pour 104 malades, 78% de lésions respiratoires hautes.

a) Symptomatologie clinique

Les signes cliniques que révèlent l'examen rhinoscopique sont variés. Nous ne rapporterons ici que nos propres constatations en rappelant le fort pourcentage de lépromateux dû au cadre de l'étude.

1 - Rhinite mucopurulente

Un grand nombre de malades l'ont signalé dans l'anamnèse. Enfin, nous l'avons trouvé avec une grande fréquence : 70% chez les malades nouvellement hospitalisés, dépistés de fraîche date et chez les sujets jeunes. Il s'agit d'une rhinite mucopurulente ou muqueuse, qui n'a rien de très caractéristique en dehors de sa tenacité. La muqueuse plus ou moins congestive, molle, de teinte lilas, présente un aspect un peu analogue à celui d'une rhinite allergique. On observe un coriza constitué de mucus jaunâtre, qui peut parfois devenir très abondant, gênant la respiration nasale. Dans un stade plus tardif, on note un cornet inférieur, tavelé de petits cratères. L'évolution de cette rhinite est émaillée d'épitaxis. Nous n'avons pas retrouvé les petites saillies irrégulières donnant un aspect de semoule qui en confluant peuvent former le lépreme signalé par d'autres auteurs.

.../...

2 - Rhinite atrophique

A un stade plus avancé, la pituitaire se dessèche, s' amincit et devient plus fragile. Cette sécheresse nous a étonné dans un pays où l'hygrométrie est voisine de la saturation. On note la présence de croûtes sèches ou fétides parfois sanguinolantes pouvant aller jusqu'à de véritables moules grisâtres occupant toute la fosse nasale. Il s'agit d'une rhinite atrophique avec un caractère proche des lésions observées dans l'Ozène. Elle peut aller jusqu'à la résorption des reliefs osseux, des cornets inférieurs donnant à ces fosses nasales une béanceanormale. Ou bien les synéchies, cornets moyen-cloison, les ulcérations cicatrisées donnent une obstruction de la partie antérieure et haute des fosses nasales ce qui détermine une diminution de la filiaire et une gêne respiratoire.

3 - Nodule

Il ne nous a pas été permis de décrire de nodule d'infiltration sous-muqueux. Cette lésion est d'après les auteurs, fugace et peu fréquente (17%). Nous avons noté toutefois, l'observation suivante dont le caractère exceptionnel ne nous permet pas de tirer de conclusion valable.

Observation : J..... Forme L 12 ans, race noire, dépisté en juillet 70, hospitalisé depuis le 28/12/71. MITSUDA négatif.

Bacilloscopie : frottis nasal et sérosité dermique positif. L'examen d'entrée note une rhinite hypertrophique banale. On constate, 2 mois plus tard, l'existence au niveau de la tête du cornet inférieur droit, d'une macule achromique de 1cm de diamètre, saignant au contact.

Il existait des macules cutanées hypochromiques dans la région du malaire à gauche. Il ne s'agissait donc pas du signe de la cloison et de la joue de LE MEE, mais cependant cela viendrait confirmer la fameuse tache pâle décrite par LE MEE et DEBAIN qui n'a pu être retrouvée dans la statistique de Saïgon.

4 - Epitaxis

Ils sont fréquents, abondants et incohercibles nécessitant l'appel du spécialiste ou bien minimes et réduits à quelques filets de sang, n'étant plus signalés ni notés par le malade.

Ils sont classiquement traumatiques provoqués par le malade qui cherche à débarrasser ses fosses nasales des sécrétions et des croûtes.

On note toutefois, une grande fragilité de la muqueuse pituitaire chez le malade hansénien. Dans quatre cas, la simple introduction du spéculum a déclenché malgré nos précautions un épitaxis de la tache Vasculaire. Cet épitaxis cède de lui-même par simple application d'une mèche imbibée d'hémostatique local.

Dans les cas de perforations, l'épitaxis siège sur la berge de la perforation, il s'agit là encore, le plus souvent, de lésions de grattage.

Le seul cas d'hémorragie spontanée d'une perforation survint chez une malade ascitique éthylique avec des troubles de la crase sanguine.

.../...

5 - Ulcérations

Leur fréquence est grande, nous en avons rencontré plusieurs types, mais faute d'avoir pu suivre ces malades sur une période assez longue, nous en sommes réduits à des suppositions quant à leur séquence.
Nous avons noté deux types :
- l'un rare : que nous avons appelé trophique
- l'autre fréquent : ulcération atrophique

Ulcération trophique : Nous avons noté deux cas de ce type d'ulcération. Les formes étaient tuberculoïdes anciennes, le diamètre important (trois millimètres et un millimètre). Elles siégaient sur la cloison, le fond en était granuleux mais peu surélevé avec un piqueté hémorragique, le pourtour était inflammatoire, la lésion ne saignait pas au contact et était indolore. Les réactions sérologiques étaient négatives.

Ulcération atrophique : Nous en dénombrons ONZE cas :
- 6 formes L - 5 formes T
mais certains d'entre eux portaient plusieurs ulcérations. Ici le cartilage est à nu, au travers d'une perte de substance ovalaire de la pituitaire qui est le plus souvent pâle. Les bords de l'ulcération sont amincis et descendent en pente douce vers le centre. Ces ulcérations peuvent siéger de part et d'autre de la cloison nasale sans vis à vis. S'agit-il là d'un phénomène de dégénérescence qui va se poursuivre ensuite par la destruction du cartilage. On sait que ce dernier se nourrit par imbibition et ne résiste que mal à l'infection.
Est-ce un stade préperforant préfigurant un véritable "mal perforant nasal" analogue à ceux des extrémités des membres qui évoluerait en l'absence de traitement vers la destruction totale de la charpente nasale ?
Ou bien s'agit-il d'un phénomène de dégénérescence muqueux ?

6 - Perforations septales

Elles étaient plus fréquentes autrefois avant le traitement sulfoné : 18,4 %
Elles sont plus rares aujourd'hui : 5 à 6 %

Nous en avons dénombré ONZE cas : - 10 formes L
- 1 forme T

- blancs : 3
- noirs : 8

- plus de vingt ans de maladie : 7
- plus de dix ans de maladie : 3

Age : 0 à 20 ans - L : 0 ; T : 0 = 0

Age : 20 à 60 ans - L : 6 ; T : 0 = 6

Age : + de 60 ans - L : 4 ; T : 1 = 5

Postérieure : 1
Antérieure : 10

.../...

On note avec une grande fréquence cette affection chez les malades les plus anciens, chez les lépromateux, le siège est e est en général antérieur et il existe une prédilection pour la race blanche.
On peut en décrire deux aspects :

- perforation évolutive : les bords de la perforation sont tapissés de croûtes hémorragiques. Après l'ablation des croûtes la berge a un aspect cruenté inflammatoire parfois hémorragique.

- perforation à type cicatriciel : la berge est recouverte d'une muqueuse normale sans aucun signe inflammatoire qui se continue d'une fosse nasale dans l'autre.

Deux mécanismes étiologiques peuvent être évoqués :

- infiltration du cartilage par les lépromes qui donneraient alors des perforations extensibles destructives

- les troubles trophiques neurovasculaires joints à l'amincissement de la muqueuse de recouvrement et aux érosions traumatiques expliqueraient une résorption interstitielle restant limitée.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL AVEC LESIONS SYPHILITIQUES

La perforation syphilitique siège sur la portion osseuse de la cloison nasale : vomer ou lame perpendiculaire de l'ethmoïde.
La perforation lépreuse siège au contraire sur le cartilage quadrilatère : il faut noter aussi l'absence de séquestre osseux.

Dans notre série de 104 malades, 14 malades présentent une sérologie positive soit environ 13 %.

- Hommes : 72 B W positif 10
- Femmes : 32 B W positif 4

L'association de la lèpre et de la syphilis est plus fréquente que ne le laisse supposer l'endémie syphilitique départementale. Pour ce qui est des perforations, pour ONZE cas on trouve 2 cas d'association lèpre-syphilis.

- dans un cas : il s'agit d'une perforation banale antérieure a bords évolutifs sans séquestre osseux.

- dans l'autre cas il y avait une destruction totale de la charpente interne du nez tant cartilagineuse qu'osseuse mais sans séquestre.

Dans ces deux cas il avait été noté au début du traitement des frottis de mucus nasals positifs (B H +)
L'unique perforation postérieure est B W négatif.

7 - Destruction de la charpente ostéo-cartilagineuse

C'est classiquement un privilège des cas lépromateux. On en observe tous les stades :
- résorption de l'épine nasale antérieure (radiologiquement constatée par REYNAUD)

.../...

- ostéolyse partielle de la lame des cornets et de la paroi intersinusonasale laissant apparaître l'antre
- disparition des os propres partielle ou totale
- disparition de la cloison osseuse (vomer, lame perpendiculaire de l'ethmoïde)
- disparition de la région incisivo-nasale

8 - Le nez lépreux - les plans mous

- Ces derniers sont le siège de lépromes qui peuvent s'ulcérer ; par ailleurs les déformations internes nasales conditionnent des plicatures et des affaissements.

- En l'absence de toute perforation, on a pu observer des déformations externes de la pyramide dues à la forte rétraction fibrocicatricielle du revêtement.

L'atrophie de la muqueuse pituitaire des différents cornets d'une part, la perforation de la cloison ostéo-cartilagineuse de plus en plus étendue d'autre part, jointe aux déformations des téguments externes telles que lépromes, rétraction de la sous-cloison, infiltration puis désinfiltration des ailes nasales, ont fait décrire des tableaux bien particuliers de la pyramide nasale, ce qui nous conduit à présenter ici les différentes déformations nasales externes observées chez nos malades.

- le nez en "lorgnette" : très fréquent au Vietmam (Tissié)

Le processus morbide entraine à la longue la disparition de la portion cartilagineuse de la cloison alors que les os propres, le vomer, la lame perpendiculaire de l'ethmoide sont respectés. La cicatrisation entraine une rétraction importante des parties molles, c'est-à-dire de l'infrastructure nasale à l'intérieur sous l'auvent osseux, intact comme les cylindres des jumelles télescopiques ; ce qui fait donner à cette déformation sa dénomination.

- le nez en "selle" : Aux lésions cartilagineuses semblables aux précédentes s'ajoutent une destruction partielle de la charpente osseuse. L'aspect du dos du nez vu de profil ressemble à une selle de cheval : d'où le nom "nez en selle".

- le nez en "bec de perroquet" : les os propres du nez sont ici respectés ; les lésions cartilagineuses sont énormes : destruction de la lame quadrangulaire, des cartilages alaires, de la sous-cloison ; ce qui entraîne une rétraction du lobule de nez en bas et en dedans lors de la cicatrisation.

- le nez en "bouledogue" : elle est la traduction clinique de la destruction totale du squelette nasal. De profil on voit une chute presque verticale du dos du nez. De face, la pyramide nasale est remplacée par 3 bourrelets juxtaposés dont le central correspond au lobule du nez et les 2 latéraux aux 2 ailes nasales.

.../...

Nous écartons volontairement des lésions lépreuses banales, des téguments du nez telles que léprones, infiltration, rétraction que l'on peut retrouver sur les autres parties de la peau.

Si l'examen clinique nous permet de retracer les lésions, les déformations décrites par les auteurs classiques, les examens de laboratoire nous semblent plus intéressants, en particulier la recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal et la biopsie de la muqueuse pituitaire.

9 - Troubles sensitivo-moteur

Leur étude a été rendue difficile par la population examinée.

Sujets frustres qui ne parlent et ne comprennent que le créole qui se prête mal à un interrogatoire scientifique.

a) sensitifs : classiquement on observerait une dissociation thermo-analgésique, l'hypoesthésie serait de règle, l'anesthésie est fréquente.

Pour les anciens auteurs, la cocaïne serait à la fois une perte de temps et un luxe inutile.

En fait, nos malades gardent presque tous une sensibilité para-normale et le simple frottis nasal appuyé est souvent douloureux.

b) sensoriel : il n'a pas été possible d'en faire une étude. Pour les auteurs les avis sont partagés :

- TISSIE : anosmie, hyposmie fréquentes
- LE MEE et PINKERTON : hyposmie toujours, anosmie souvent
- LAURENS : normale
- RAYNAUD : longtemps conservée

Chaque fois qu'elle a été visible la zone olfactive nous est apparue normale. Cependant, les fibres nerveuses baignent dans le mucus nasal bacillifère. On sait le neurotropisme du bacille.

Aucun des malades que nous avons interrogés n'a signalé de troubles de l'olfaction. En l'absence d'une étude objective de l'olfaction (olfactométrie) difficile à réaliser sur le plan technique et qui demande un effort de coopération intellectuelle au malade (difficile à obtenir chez nos sujets), nous ne pouvons conclure valablement.

B - LESIONS ENDO-PHARYNGEES

Elles sont beaucoup moins fréquentes. Les Nodules évolutifs, les brides, les cicatrices rétractiles n'ont pu être relevés que chez de grands infirmes lépreux depuis de longues années (plus de 20 ans) et porteurs par ailleurs de mutilations ou de griffes considérables.

Nous avons constaté une fréquence de lésions pharyngées de l'ordre de 25 %

.../...

a) paroi postérieure pharyngée

De même que LE MEE, PUGNAIRE & MAZARAKIS, nous avons constaté la résistance de la paroi postérieure oropharyngée au processus atrophique du rhinopharynx, toutefois en raison de la grande fréquence des troubles nasaux qui déterminent :

- une respiration buccale
- un écoulement postérieur mucopurulent

les mucosités asséchées par la respiration buccale restaient accrochées, à la paroi postérieure, atrophiant légèrement la muqueuse.

Il nous paraît intéressant de signaler la diminution du réflexe nauséeux qui nous a permis d'effectuer nos examens laryngés dans d'excellentes conditions.

b) amygdales

Elles sont le plus souvent normales ou atrophiques, au fond de leurs loges.
Dans les cas ou elles participent à un tableau inflammatoire, locorégional ou à une réaction générale, nous les avons trouvées hypertrophiques.

c) Voile

Les lésions sont centrées sur la luette. Sa surface, en est quelquefois soulevée par des nodules au stade d'ulcération, mais nous avons pu constater sur trois cas, des images cicatricielles.

Obs : Melle B.... Forme T. Race blanche, hospitalisée depuis 1962, la luette est accolée à la partie postérieure du palais, les piliers postérieurs et le voile ont participé à l'accolement. Il existe de part et d'autre de la luette deux filières respiratoires rétrécies. La voie est nasonnée, la gêne respiratoire marquée. On note un écoulement postérieur abondant.

Obs : M. F..... Forme I. Race blanche, âge 84 ans, hospitalisée depuis 1956. La luette est rétractée, engainée dans une cicatrice rétractile, qui la ramène en avant du voile. La consistance du voile est dure, cartonnée.

Obs : M. F..... Forme T. Race noire, âge 76 ans. Amputation de la luette, cicatrice au niveau du voile qui rayonne depuis le centre. Les piliers postérieurs ont eux disparus subissant un processus de rétraction.

d) voute Palatine

Nous n'avons pas noté de lépromes en évolution non plus que des perforations. On relève dans notre série, un cas d'ulcération de la voute, médiane de 5mm de diamètre, de coloration rouge, bordée d'un liseré inflammatoire. Il n'existe pas d'adénopathies. Les réactions sérologiques spécifiques de la Syphilis, sont négatives.
Il existe dans quelques cas, des cicatrices blanchâtres, étoilées ou en arête de poissons.
Au niveau de la langue et de la muqueuse juguale ainsi que du plancher buccal nous n'avons pas relevé de lésions spécifiques chez nos 104 malades.

.../...

B - LESIONS LARYNGEES

Nous avons pu en dénombrer 6 cas répartis comme suit :

- 4 cas de paralysie récurrentielle unilatérale.

Dans un cas tout au moins l'étiologie spécifique des troubles peut être mise en doute :
La dysphonie remonte à 2 mois et suivait un épisode grippal banal, toutefois il n'y a eu aucun signe de régression depuis le début de l'affection.
Pour les trois autres cas, les investigations pratiquées n'ont pu mettre en évidence aucune étiologie. Malgré l'absence d'une description de paralysie récurrentielle dans la littérature nous devons suspecter le B.H.

- 2 cas touchent à la forme du larynx

Obs : Melle B..... Forme L. L'épiglotte est réduite à un moignon cicatriciel. La partie antérieure des C.V. est le siège d'une synéchie qui forme un diaphragme antérieur.

Obs : M. F..... Forme I. L'épiglotte est très remaniée. La glotte est diminuée par une bride. Les bandes ventriculaires ont un aspect cicatriciel ; il est intéressant de noter pour ces deux malades la coexistance de lésions pharyngées importantes, ce qui confirme l'hypothèse classique de la marche descendante des lésions hanséniennes.

Par ailleurs, c'est dans les formes anciennes de la maladie que l'on relève des lésions laryngées. Il s'agit de lésions tardives ce qui explique leur relative rareté dans notre série, alors que les autres auteurs font état d'environ 30 % de lésions laryngées.
Un diagnostic et un traitement précoce sont autant d'éléments qui font de la Trachéotomie en milieu Hansénien un acte d'exception (dernière Trachéotomie en Guadeloupe pour B. - lèpre postérieure à 15 ans).
D'autre part, nous avons écarté de nos résultats toutes les lésions qui n'étaient pas rigoureusement spécifiques :

- épaississement des cordes vocales
- inflammation des cordes vocales
- épiglotte épaissie à bord émoussé
- pâleur ou hyperhémie de la muqueuse
- croûtes et pus dans le larynx

Seule une investigation systématique en laryngoscopie directe avec biopsie pourrait arriver à déterminer l'étiologie exacte de ces lésions qui sont relativement fréquentes : 1/4 des cas.

.../...

II - LESIONS SINUSIENNES - SINUSITE CHEZ LE LEPREUX

La pathologie sinusienne, ses rapports avec la lèpre ont fait l'objet d'étude sérieuse par SERGENT et GERARD, au Maroc.

Ces derniers avancent une fréquence de 1/3 des cas avec pour SERGENT un chiffre de 40 % des cas si les investigations paracliniques étaient plus systématiques.

Sur nos 104 malades, 24 présentaient des signes nets de sinusite associée.

- douleur exquise au point de WALLEIX
- pus dans le méat moyen
- mouchage postérieur ou antérieur abondant
- nous n'avons pas voulu tenir compte des céphalées, des sensations vertigineuses ou d'obstruction nasale. Il est très difficile d'analyser des éléments subjectifs chez nos malades qui se plaignent presque tous de :
  "Tête en moin ka fé mal - Loud même".

Deux problèmes se posent :

- S'agit-il de sinusite banale, ou au contraire de lésions spécifiques Hanséniennes ?
- A partir de quels critères est-on autorisé à parlér de sinusite lépreuse, la présence de bacilles dans le sinus, suffit-elle à justifier la spécificité de l'affection ?

Au terme d'un travail portant sur 106 cas, GERARD a relevé une atteinte sinusienne pour 35 d'entre-eux. Il a été trouvé, le plus souvent, une sinusite à germes banaux. Le staphylocoque a été dans la plupart des cas le germe responsable. Par contre, dans 6 cas, il a été trouvé du B.H. dans les fosses nasales et le sinus. Deux fois seulement, cette présence s'est accompagnée de lésions histologiques de type lépromateux de la muqueuse sinusienne. On peut penser que la présence de B.H. dans le sinus ne signifie rien si l'examen histologique ne montre pas de lésions lépromateuses. Il est trouvé là, chez un lépreux non blanchi, comme on pourrait le trouver dans le sang ou dans tout autre tissu.

Ces sinusites ont été plus fréquentes dans les formes lépromateuses de la maladie et se sont accompagnées de lésions nasales, le plus souvent importantes.

Même dans les cas ou les cultures se sont avérées stériles pour les germes banaux (mais on sait de longue date que la culture des sinusites chroniques reste souvent négative) les images anatomo-pathologiques n'ont jamais été uniquement lépreuses mais en même temps inflammatoires banales.

.../...

III - LESIONS AURICULAIRES

Au niveau de l'oreille moyenne aucune lésion ne nous est apparue spécifique. Une seule otite chronique à tympan fermé pour 104 malades, s'est avérée être banale. Le plus souvent le tympan est normal.

L'audition est normale, la presbyacousie sénile n'est pas paradoxalement précoce malgré l'abus de toxiques (tabac, ti-punch) .

Les lésions du pavillon sont d'une grande spécificité, mais relèvent davantage du dermatologue que de l'O.R.L.

Le lobule est le premier atteint par le processus nodulaire : il s'agit de petits nodules durs roulant sur le doigt qui infiltrent d'abord le lobule puis le bord libre du pavillon.

La recherche du bacille de Hansen, dans la sérosité dermique du lobule fait partie du diagnostic positif de l'affection et de la surveillance de l'efficacité thérapeutique.

Dans notre série, avec frottis nasals et biopsies cutanées sur les lésions et aux lobules, c'est au niveau de ce dernier que la négativation s'obtient en dernier lieu avec parfois un décalage d'une année entre la négativation du mucus et celle du SD ..... du lobule.

Lorsque les tubercules régrèssent, le pavillon reste parcheminé le lobule pend flasque (oreille de boudha), cette déformation peut entraîner un tel préjudice esthétique qu'elle nécessite une intervention chirurgicale (1 cas).

Des ulcérations au bord du pavillon, une fois cicatrisées, peuvent donner à ce dernier, l'image caractéristique du "Rat Eaten ear"

O
O O O O
O

CHAPITRE II

PARALYSIE FACIALE ET MALADIE DE HANSEN

Pour nos 104 malades nous avons dénombré 19 PF

A - REPARTITION

Prévalence 18 %

- P.F. bilatérale 12 - Complète 9 - F. supérieure seulement 3
- P.F. unilatérale 7 - Complète 1 - F. supérieure seulement 6
- forme tuberculoïde 13
- forme L. 6

Ancienneté de maladie :

- la plus récente : 8 mois
- la plus ancienne : 40 ans

B - DISCUSSION

Que pouvons-nous conclure de ces chiffres ?

- la grande fréquence des lésions nerveuses motrices
- la nette prédominance des formes (T) deux fois plus sur les formes L alors que la population d'étude comporte une majorité de forme L (75 %)
  Classiquement les lésions nerveuses sont plus fréquentes dans les formes à réaction de Mitsuda positive. Cette notion fut à la base de la classification de Manille aujourd'hui abandonnée.
- le caractère parcellaire de l'affection, c'est le plus souvent la branche terminale supérieure faciale qui est touchée, muscle orbiculaire des paupières, sourcilliers et frontaux. Nous n'avons pas noté une seule atteinte du facial inférieur seul. Lorsque la maladie est ancienne la P.F. est bilatérale, elle se montre alors plus volontiers totale (9 pour 3) que dans le cas de la P.F. unilatérale (1 pour 6).
  La paralysie faciale réalise alors l'aspect classique du faciès antonin : "La face est inexpressive, immobile, lugubre, le front est figé, les yeux sont fixes, creux et restent ouverts pendant le sommeil exposant les globes révulsés et blancs alors que les paupières sont éversées et rouges, la bouche est inerte, baveuse et les commissures tombantes" (HARTER)

.../...

C - MECANISME DE LA PARALYSIE FACIALE

Classiquement on oppose deux mécanismes :

1) Le processus névrétique ascendant (DEHICE & GERLACH)
Les terminaisons nerveuses de la peau seraient atteintes à partir d'une incubation cutanée puis la névrite s'étendrait à la branche terminale nerveuse, intéressant la zone affectée. Cette thèse est confirmée par le signe de DUBOIS la naissance d'un filet nerveux induré à partir d'une macule.

2) le processus névrétique descendant (JEANSELME)
C'est à partir des vasanervorum qu'une embolie microbienne vient contaminer le nerf ou une des branches.

Ces deux mécanismes pouvant se succéder dans le temps ou bien s'intriquer. Des études très poussées ont pu être réalisées pour le cubital, qui par la fréquence de son atteinte et son caractère superficiel se prête beaucoup mieux aux investigations.

Hypertrophie du nerf (J. CARAYON):

J. CARAYON et LANGUILLON admettent, comme cause primordiale au trouble moteur, l'hypertrophie du nerf gainée dans son canal. Il n'est pas de notre propos de retracer le mécanisme lésionel de cette hypertrophie.

Toutefois la cause favorisante des désordres nerveux réside dans la constriction des nerfs hypertrophiés dans les tunnels ostéo-ligamenteux. Il en découle une chaîne de réactions, intriquées dans un cercle vicieux.

Le rôle du système lymphatique y est considérable car il intervient de plusieurs manières :

1) Hypertension lymphatique intratronculaire par le mécanisme de l'hydraulique

2) Ischémie mécanique dûe à la compression des branches en U artérielles par l'hypertension intratronculaire (travaux de EDSHAGE : les dispositifs artériels intratronculaires se présentent sous forme d'un plexus intraneural avec les bouches artérielles en U).

3) Ischémie par artériolite des vasa-vasums et spasmes de l'artère satellite

4) Dégénérescence ischémique finale

D'autre part, il existe une réaction hôte-parasite où la réaction d'autoimmunisation va produire un oedème inflammatoire et une infiltration cellulaire qui à côté des lésions destructrices propres va accroître le cercle vicieux.

On peut rapprocher ces notions, des théories récentes, sur l'étiologie de la P. F. de BELL Ischémie - Oedème - Ischémie. Par contre :

.../...

la lésion est périphérique et totale dans la PF. de BELL, alors que nous, nous avons noté dans la PF Hansénienne une fraction importante de formes dissociées prédominant au facial supérieur.

La lésion est d'installation rapide dans le BELL, alors que dans le HANSEN cette période est insidieuse, au point que le malade ne puisse dater avec certitude le début de la paralysie. C'est dire qu'en plus des éléments réactionnels, il existe des éléments d'ordre lésionnel.

D - INCIDENCE

Cette P.F. a une double incidence :

1) sur le plan lésionnel :

"La paupière inférieure non soutenue baille et retombe accumulant les larmes qui coulent sur la joue, c'est l'ectropion avec lagophtalmos paralytique auquel s'associe ou non une éversion du point lacrymal. La cornée n'est pas protégée, ne jouit plus du bénéfice nutritif et protecteur des larmes. Irritée en permanence par divers traumatismes : poussière, vent et lumière, elle peut se déssécher et s'épidermiser : Xérosis.

Les troubles de la phonation et surtout de la déglutition avec incontinence salivaire par relâchement des lèvres peuvent être observés dans les formes accentuées et bilatérales.

2) sur le plan social :

Le facial, nerf de la mimique, est le support de la vie de relation. Le lépreux blanchi, dont la réinsertion est toujours si difficile, sera d'autant plus marqué par les troubles moteurs, la P.F. le désignera à son entourage plus autant que les griffes ou les tâches cutanées. Pour lui, tout acte susceptible d'entraîner une amélioration sera bénéfique.

o
o o o o
o

CHAPITRE III

ROLES D'UN SPECIALISTE O.R.L. DANS LE CADRE D'UNE EQUIPE DE LEPROLOGUES

Au terme de cet inventaire lésionel, il nous est apparu essentiel d'adjoindre à une équipe de LEPROLOGUES un spécialiste O.R.L.

Pour une population de cent malades, une vacation hebdomadaire nous semble être un minimum.

La tâche de l'O.R.L. est triple :

- diagnostique
- thérapeutique
- prophylactique : par le dépistage des sujets bacillifères et leur mise sous traitement.

A - DIAGNOSTIQUE : LA BIOPSIE NASALE OU LE FROTTIS ?

Le prélèvement de mucus nasal est un acte essentiel de la LEPROLOGIE. C'est évident dans la lèpre bacillifère où les germes sont rejetés par million. (Dans le mucus nasal ou le muco-pus expulsé par les narines, les crachats composés de mucus nasal dégluti dans les gouttes de PFLUGGE émises lors de la toux et de l'éternuement).

Sur nos 104 malades 64 sont arrivés avec à l'entrée une sérologie positive.:

- forme T : 26 cas sérologie positive 3- négative 23
- forme L : 75 cas sérologie positive 61- négative 14
- forme I & B: 3 cas sérologie positive 0 - négative 3

On pratique à l'hôpital Hansénien le prélèvement nasal par écouvillonage appuyé sous contrôle visuel des deux côtés de la cloison et le plus haut possible en arrière.

Malgré ces précautions, il arrive (10 à 15 fois) que l'anatemo pathologiste ne puisse se prononcer en raison de :

- nombreux germes
- saignement

Pour nous, ce mode de prélèvement est seulement, un facteur de dépistage.

- positif : il l'est à fortiori
- négatif : il n'a qu'une valeur d'indication

.../...

De même qu'une biopsie pour suspicion de Néoplasme ne saurait être effectuée à l'aveugle dans le larynx, de même nous rejettons la méthode suivante : "nous conseillons l'emploi d'un tampon de coton monté sur une tige métallique, on se place derrière le malade et avec 2 côtés différents du tampon monté, on frotte chaque face de la cloison nasale en remontant le plus haut possible et en frottant sur toute la surface avec un mouvement de va-et-vient".

Le frottis doit être effectué dans les meilleurss conditions :

1) technique du frottis

- sous contrôle visuel : spéculum nasal + miroir de CLAR
- cavité nasale propre : un frottis trop épais est inutile car la coloration est trop foncée et la recherche du bacille est gênée, par ailleurs la présence de nombreux germes à un effet de masque.
  Il importe donc de déterger et extraire au préalable les croûtes avec du sérum physiologique.
- certains auteurs donnent avant de pratiquer le frottis. des médications types iodure de potassium pour faire secréter la pituitaire
- l'examen doit en effet porter sur la muqueuse pituitaire et non sur le mucus nasal qui peut contenir AA saprophytes.
- siège : l'écouvillonage qui doit être énergique doit être pratiqué sur toutes les lésions suspectes, dans les méats sur la cloison, sur les berges de la perforation lorsqu'elle existe, sur la tête du C.I.
- il importe d'être à la fois énergique et non traumatisant: l' hyposensibilité de la muqueuse pituitaire reste encore à prouver, par ailleurs la fragilité de la muqueuse peut déclencher un épitaxis qui devra faire rapporter l'examen.

Si toutefois, la biopsie de pituitaire est d'une plus grande fidélité, elle demande un peu plus de temps.

2) technique de la biopsie

- pour Cochrane : curretage à la curette de Brock
- pour Saïgon : le prélèvement est réalisé au moyen d'une petite pince à l'emporte pièce

Siège : pourtour des ulcérations muqueuses, des perforations septales, tête du C.I., enfin toutes formations suspectes au niveau des fosses nasales.
L 'anesthésie préalable est indispensable, contrairement aux données classiques qui font de la cocaïne un luxe inutile.

3) résultats de la biopsie

L'examen des coupes histologiques de la muqueuse nasale malade ne diffère guère de celui de la biopsie cutanée. Dans les cas positifs, nous trouvons fréquemment juste au-dessous de l'épithélium de surface des infiltrats soit plasmocytaires, soit plasmolymphocytaires, soit histioplasmolymphocytaires,

.../...

en nappes denses ou en petites nappes isolées au sein d'un stroma-fibro-scléreux, parsemé de dépôts pigmentaires troué de microvacuoles renfermant des bacilles de Hansen ; colorés par la méthode de Ziehl, ces bacilles apparaissent quelquefois éparpillés dans le stroma entre les cellules "en bandes de poissons", c'est-à-dire en formation compactes à l'intérieur des vacuoles (celles de Virchow). L'aspect morphologique des bacilles est varié : le plus souvent ils sont homogènes ou segmentés mais parfois ils se présentent sous la forme de chaînettes de granulations ou de granulations dispersées. Dans la lèpre tuberculoïde, la recherche de bacille de Hansen s'avère négative aussi bien dans le mucus nasal que dans la biopsie de la muqueuse pituitaire. Cependant, en dehors des biopsies de la peau et du lobule de l'oreille, l'examen anatomopathologique de la muqueuse pituitaire nous semble nécessaire pour surveiller l'évolution, en particulier le passage de la forme mineure à la forme majeure. Ainsi sur 252 cas de lèpre tuberculoïde, seules 30 biopsies cutanées ont des résultats positifs avec présence de bacilles de Hansen alors que les 28 biopsies de la muqueuse pituitaire montrent simplement des infiltrats histiolymphocitaires péricapillaires, soit en petites nappes superficielles, soit en nappes diffuses, dans un stroma présentant des zones de réorganisation fibreuse, sans bacilles de Hansen.

Dans les formes instables comme la lèpre indéterminée et la lèpre bordeline susceptibles de réveils dangereux, des poussées réactionnelles faisant évoluer vers la forme lépromateuse, la biopsie nasale est indispensable. C'est ainsi que TISSIE et Coll. ont pu mettre en évidence la présence du bacille de Hansen dans la muqueuse nasale d'un malade atteint de lèpre bordeline.

Dans la lèpre lépromateuse bacillaire, la biopsie nasale se montre également indispensable, car la recherche du bacille de Hansen dans le mucus nasal est insuffisante.

A titre de comparaison, nous présentons le tableau ci-dessous :

Forme de la lèpre	Nombre de biopsies	Résultats	
		B4 +	B4 -
- Lépromateuse	106	55	51
- Tuberculoïde	28	0	28
- I.	4	0	4
- Bordeline	2	1	1
- Nerveuse pure	4	0	4

.../...

- DANS LE GROUPE A : l'atteinte lépreuse est si importante que les bacilles de Hansen abondent à la fois dans le mucus nasal et dans la biopsie nasale.
- DANS LE GROUPE B : il y a une régression nette et l'on ne trouve pas de bacilles de Hansen
- DANS LE GROUPE C : les malades ne sont améliorés qu'en apparence car malgré l'absence du bacille de Hansen dans le mucus nasal, l'examen anatomo-pathologique de la muqueuse pituitaire montre des lésions importantes avec présence du bacille de Hansen
- DANS LE GROUPE D : au contraire, la biopsie nasale se trouve en défaut, il est certain que le prélèvement a été insuffisant ; la biopsie nasale doit en effet être pratiquée, si le besoin en est, en plusieurs points de chaque fosse nasale

4) Critère de blanchiement et de surveillance

Nous pratiquons à l'Hôpital Hansénien un rythme de prélèvement semestriel (ce qui est encore insuffisant) avec :

- frottis nasal
- lymphe auriculaire
- sérosité dermique

Ce qui nous permet de préciser l'efficacité thérapeutique et l'évolution de la maladie.
On estime qu'un malade peut être considéré comme blanchi si on note :

- une non évolutivité des signes cliniques
- des tests négatifs à deux examens successifs.

Si le lépreux, dans la forme lépromateuse, élimine les bacilles de hansen par ses lésions cutanées et nasales, il n'y a pas de raison pour ne pratiquer que la biopsie cutanée et le frottis du mucus (dont on sait les lacunes). Avant d'autoriser un lépreux en traitement à regagner son foyer, pour suivre un traitement ambulatoire et à plus forte raison avant la mise E.O.S.T. (en observation sans traitement), il nous paraît indispensable d'utiliser les critères suivants :

- biopsie cutanée (peau + lobule)
- recherche du B H dans le mucus nasal
- biopsie de la muqueuse

Nous avons noté en effet que dans la plupart des cas, la muqueuse nasale se négativait plusieurs mois avant les sérosités dermiques. Ce n'est qu'un élément de présomption de non contagion.

.../...

B - THERAPEUTIQUE DES LESIONS NASALES

L'O.R.L. a une action thérapeutique permanente au sein de l'Hôpital Hansénien. Il n'est pas de petits soins, il n'y a que des soins et il ne faut négliger aucune possibilité d'améliorer la condition des malades dont le psychisme est très affecté par une maladie qui les place à l'écart de la société.

1) Rhinite atrophique croûteuse :

Le traitement s'inspire de celui du lupus nasal, il importe d'éliminer les croûtes et d'éviter leur reproduction, on peut faire des lavages de nez, des inhalations de produits médicamenteux, de aérosolthérapie.
D'autre part, la libération nasale supprime en grande partie le grattage nasal et permet d'éliminer ainsi : les epitaxis traumatiques et le risque de contagion par les mains souillées.

Obs : M. C..... Forme L Mucus nasal - négatif

Ce malade nous a confié qu'il avait été géné par la présence de croûtes et avait alors présenté de nombreux epitaxis de petites abondance, la pratique du bain de mer (l'Hôpital étant situé à une cinquantaine de mètres de la mer) avait fait disparaître les troubles. La pituitaire était normale, bien vascularisée et ne présentait aucun signe d'infection. Par ailleurs, il ne faut pas exclure les possibilités chirurgicales.
Une seule méthode simple a été employée par REYNAUD, la technique de RAMADIER. Eyries : insertion d'implants d'angle pour obtenir un rapprochement des surfaces muqueuses et une surélévation du plancher des fosses nasales avec 40 % de bons résultats et 60 % de moyens (élimination de quelques implants).

2) Epitaxis

La fragilité de la pituitaire, la présence d'une perforation ou d'une ulcération font que la cautérisation et même le simple méchage gagnent à être pratiqués par un spécialiste.
La muqueuse hansénienne se défend mal, l'épitaxis siège souvent sur les berges de la perforation. Le tamponnement se doit alors d'être bilatéral.

Obs : Forme L, race blanche
Epitaxis de grande abondance chez un lépreux hospitalisé pour insuffisance hépatique chronique d'origine éthylique. L'hémorragie siégait au niveau de la berge postérieure d'une perforation antérieure de 15 mm de diamètre. Cette malade très affaiblie ne pouvait supporter le tamponnement antéropostérieure bilatéral. Nous sommes venus à bout du saignement en alternant hémostatiques locaux et point de coagulation à la perle de NO_3 Ag.

3) Rhinite hypertrophique

Elle répond bien au traitement spécifique et n'est relevé que dans les formes du début de la maladie. Du point de

vue local si la respiration est gênée, on peut pratiquer des instillations, par ailleurs, la pommade au sultirène a donné d'excellents résultats.

4) Sinusite

SERGENT 40 % d'association lèpre-sinusite

Tous les sujets doivent être systématiquement radiographiés selon les deux incidences. O.R.L. : BLONDEAU et HIRTZ à l'entrée dans le centre.
Par ailleurs, il apparaît que cette radiographie à des limites et, dans la série de GERARD un nombre non négligeable de sinusites, confirmé bactérologiquement, n'ont pas fait leurs preuves radiologiques et ont été découvertes par ponction transmétiques systématique.
Il importe donc d'être systématique et de rechercher la sinusite dès qu'elle est soupçonnable.

- toux
- purulence, écoulement ant-postérieur
- sensations d'obstruction nasale
- vertiges (24 % GERARD)

Techniques : - radiographie avec ou sans lipiodol
- ponction avec analyse

Toute sinusite diagnostiquée doit être traitée par :

a) ponction lavage

b) catheterisme et instillations tri-quotidienne de produits à usage locaux

c) Caldwell-Luc avec analyse anatomo-pathologique de la pièce opératoire si la muqueuse est trop épaisse.

Les interventions chirurgicales sont possibles chez un lépreux. Il faut dénoncer les croyances suivantes :

- les plaies ne guérissent pas : c'est vrai pour les ulcérations chroniques et les amputations spontanées, mais la plaie opératoire guérit dans des délais normaux.
- le lépreux est contagieux et ne doit pas être admis dans les hôpitaux généraux

Résultats : Les traités classiques nous enseignent que les lépromes s'ulcèrent laissant couler un pus jaunâtre et épais mais nous constatons : que le nettoyage des sinus par drainage ou curetage entraîne la disparition totale ou relative de la suppuration. Relative, ceci ne nous étonne pas. Nous sommes habitués à le constater au cours des sinusites banales où l'ethmoïdite résiduelle réclame l'adjuvant d'une cure sulfureuse.
Totale, la disparition du pus nous fait porter la classique fonte purulente des lépreux au crédit de la sinusite. Quoi qu'il en soit, la disparition de la purulence et des croûtes nasales, justifie le traitement.

.../...

5) Plasties nasales

- à l'heure actuelle c'est la technique décrite par FARINA au congrès de Madrid en 1957, qui fait l'unanimité. Il s'agit de la reconstitution de l'étoffe nasale par lambeaux nasogéniens avec un pédicule supérieur auquel est adjoint une libération de la columelle si un allongement est nécessaire.
- l'inclusion épithéliale de GILLIES dite "épithélial-inlay" est la méthode la plus simple et peut être suivie d'un temps de greffe osseuse.
- il n'a pas encore été publié à notre connaissance, de résultat quant à l'inclusion de corps inorganiques de soutien (TEFLON - SILASTIC)

C - THERAPEUTIQUE DES PARALYSIES FACIALES

1) Décompression

Par analogie avec les bons résultats que l'on observe dans la situation du cubital et dans les résultats publiés pour neurolyse fasciculaire, on est en droit de se demander si une décompression du facial pratiqué précocement, ne pourrait pas apporter une amélioration des troubles moteurs.
Ceci n'a pas encore été tenté à notre connaissance, dans le cas de paralysie faciale d'origine hansénienne.
Toutefois, une telle chirurgie demande :
Une connaissance plus approfondie de l'étiopathogénie de la P.F. lépreuse, avec, en particulier, une exploration minutieuse du facial telle que nous la pratiquons pour le P.F. post-traumatique, post-virale ou à frigore.
- gustométrie chimique et électrique
- impédance métrie
- stimulation du grand pétreux
- electro-myographie des muscles moteurs de la face.

Ces tests qui demandent un appareillage compliqué et couteux ne peuvent, malheureusement, être pratiqués en pays d'endémie, où il n'est pas possible de réunir matériel et compétence.
Une intervention de cet ordre ne peut être effectuée que par des équipes chirurgicales très différenciées qui, elles aussi, sont peu fréquentes en pays d'endémie.
D'autre part, l'importance de cette intervention est peut - être un peu grande si on juge qu'il ne s'agit pas de lésions stabilisées mais toujours évolutives, même plusieurs années après le blanchissement.

L'anatomo-pathologie nous ayant appris que les lésions intéressent non seulement le tronc, mais également les filets distaux, il va de soi que la chirurgie réparative portant sur le tronc, est quelquefois illusoire.

.../...

Toutefois, par analogie avec les résultats obtenus dans le Bell, on peut penser obtenir des effets intéressants de la section de la corde du tympan, qui est un acte alliant à la fois :

- simplicité : un matériel minimum et un O.R.L. non otologiste suffisent
- l'inocuïté : en l'absence de résultats bénéfiques, le malade n'aura eu comme dommage que l'abolition du goût dans les 2/3 antérieur d'une hémilangue, ce qui n'est pas un préjudice bien grand.

Cette expérience mérite d'être tentée et nous nous proposons de la faire.

2) Chirurgie réparative, dite palliative

La multiplicité même des techniques prouvent leur relative insuffisance
Il ne faut jamais compromettre l'avenir : la P.F. hansénienne n'est jamais stable, elle peut se compléter dans le cas d'un facial supérieur seul, se bilatéraliser.

a) facial supérieur

- les plasties cutanées

La Blépharonaphie totale ou partielle ne peut être que provisoire et n'est utilisée que pour sauvegarder un oeil menacé.
Parmi les autres techniques, la palpébroplastie inférieure selon le procédé de Kuhnt Szymanowski (résection triangulaire tarsa-conjonctivale + excision angulaire externe en triangle) nous semble la meilleure.
Les techniques de suspension de la paupière inférieure sont à l'heure actuelle dépassées par les procédés cinétiques.

- procédés cinétiques

Transfert musculaire de temporal ou frontal avec ou sans matériau-relais : facia-lata ou derme sont d'un résultat médiocre en face des autres techniques

- ressort de MOREL-FATIO
- armature au Silastic (ARION)

Ces deux dernières techniques, par leur simplicité, leur inocuïté reçoivent notre faveur. Elles autorisent, en effet, la mobilisation de la totalité du temporal pour le facial inférieur.

b) facial inférieur

Deux techniques sont en présence, la suspension de la commissure ou bien le transfert musculaire du temporal qui donne le meilleur résultat dynamique.

.../...

c) critiques

Cette chirurgie, pour être bénéfique, suppose une sélection des malades, en particulier dans le domaine du facial inférieur, ce qui va à l'encontre des objectifs idéaux d'une chirurgie de masse.

Toutefois, à l'exception des procédés dynamiques du facial supérieur qui permettent de retarder les troubles oculaires, une telle chirurgie passe au second plan derrière la chirurgie orthopédique des griffes et des lésions des membres.

o
o o o o
o

CONCLUSION

Nous avons étudié à l'Hôpital Hansénien de Pointe-Noire (Guadeloupe) 104 lépreux parmi une population polymorphe.

Il s'agissait de :

- sujets dépistés de fraîche date, bacillifères et isolés.
- sujets en cours de traitements pour des affections spécifiques bacillifères ou non
- grands infirmes de la lèpre réclamant des soins spécialisés que seul un hospice peut assurer.
- sujets convalescents et négatifs qui ne peuvent se réinsérer dans la société.

LESIONS DES VOIES AERIENNES HAUTES :

Nous avons dénombré 78 % de lésions spécifiques des voies respiratoires hautes dont on peut distinguer 2 ordres de type lésionel.

1) les unes sont superficielles et évolutives : formes de début de la maladie, elles nous semblent être influencées favorablement par le traitement. Ce sont :

   - les rhinites hypertrophiques ou non mucopurulentes ou séreuses
   - les tâches de cloison ou de cornets

2) les autres sont destructives et profondes, elles sont irréversibles. Ce sont :

   - les rhinites atrophiques
   - les brides et cicatrices des fosses nasales du voile ou de la région laryngée
   - les perforations septales et les destructions osseuses

   Elles sont particulièrement fréquentes dans la forme lépromateuse.
   Quant aux lésions pharyngolaryngées leur fréquence est en voie de diminution. Elles sont plus fréquentes dans les formes anciennes ou tardivement traitées. Le dépistage et le traitement précoces pourraient donc les faire disparaître ou les rendre exceptionnelles.

.../...

SINUSITES :

Les sinusites dont la fréquence serait de 30 % ,ne constituent pas une lésion spécifique. Toutefois, la purulence, les croûtes nasales, l'obstruction nasale qui avaient longtemps été attribuées à la lèpre seule, paraissent liées à une sinusite à germes banaux associés. L'incidence thérapeutique est grande.

PARALYSIE FACIALE :

La paralysie faciale d'une grande fréquence (18 % des cas) est plus particulièrement l'apanage des lésions tuberculoïdes.

Ses caractères sont polymorphes :

- parcellaire et unilatérale au début elle tend à se bilatériser et à devenir complète malgré le traitement et parfois son évolution se poursuit malgré un blanchiement du malade. Son étiologie est encore inconnue mais on peut suspecter une hypertrophie du nerf dans le canal pétreux par analogie avec les observations faites sur le cubital.

Dans un deuxième chapitre nous avons envisagé les différents rôles d'un O.R.L. au sein d'une équipe de léprologues.

Ce rôle est triple : diagnostique, thérapeutique, prophylactique.

Diagnostique :

Par le frottis et la biopsie. Il convient de souligner que la recherche du Bacille de Hansen dans le mucus nasal est souvent insuffisante et que la biopsie de la pituitaire nous paraît être capitale pour confirmer le diagnostic, suivre l'évolution de la maladie et surtout concrétiser le blanchiement et la mise E.O.S.T.

Thérapeutique :

Il ne nous a pas été possible de juger de l'activité thérapeutique de tel ou tel médicament spécifique en fonction de la pluralité des médicaments ou de leurs associations étudiés dans le centre de Pointe-Noire.

La chirurgie palliative et reconstructive par l'espoir que qu'elle donne au malade Hansénien mérite d'avoir de plus larges indications.

Rôle prophylactique enfin ; par une suspicion permanente en pays d'endémie.

Ce travail ne peut être qu'une approche d'une entité nosologique peu connu du spécialiste métropolitain et n'est donc pas définitif.

B I B L I O G R A P H I E

- BERETTI (J.) - FAIDHERBE (C.) - BOVIS (R.).- Les lésions des voies aériennes supérieures au cours de la lèpre (étude statistique).- Ann. Oto-laryng. (Paris), juil-août 1970.- 87, n° 7 & 8, 465-480

- COCHRANE (R.G.) - DAVEY (T.F.) & Coll.- Leprosy in theory and pratice.- John Wright & Sons (Bristol), 1964.- 1 vol.

- ETZOL (M.).- Epidémiologie de la lèpre à la Guadeloupe.- Thèse méd. (Bordeaux), 1961

- FARINA (R.).- Effondrement de la pointe du nez dans la lèpre par pertes de substances chondro-muqueuses.- Ann. de CHIR. PLAST. supp. Sem. Hôp. Paris, déc. 1962.- 7, n° 4, 287-290

- FARINA (R.).- Déformations de l'arête nasale dues à la lèpre.- Ann. de CHIR. PLAST., supp. Sem. Hôp. Paris , juil. 1964.- 9, 119-124

- GERARD (C.).- Etat sinusien dans la lèpre.- Thèse méd. (Lyon), 1961

- GUNS (P.) - LECHAT (M.).- La lèpre. Aperçus généraux et points particuliers d'oto-rhino-laryngologie.- Ann. de la Soc. belge de Méd. Trop, 1955.- 33, 35, n° 1, 15-18

- HARTER (P.).- Précis de léprologie.- 1 vol.-Oeuvres hosp. franç. de l'Ordre de Malte, (Paris), 1968

- LANGUILLON (J.) - CARAYON (A.).- Précis de léprologie.- 1 vol.- Masson & Cie (Paris), 1969

- LE MEE (J.M.) - DEBAIN (J.J.).- La lèpre nasale.- E.M.C. d'O.R.L., 1951.- 20 375, 1

.../...

- LE MEE (J.M.) - PUGNAIRE (A.) - MAZARAKIS.- Des lésions O.R.L. chez les lépreux.- Congrès Soc. franç. O.R.L.- 1933, 9, 18

- MONTESTRUC (E.).- La lèpre chez un enfant de 3 mois de parents sains.- Bull. Soc. Path. Exot.- 1953, 46, 877

- MORETTI (G.) - BROUSTET (A.) - BEYLOT (J.).- Maladie de Hansen - forme lépromateuse.- Bull. Soc. franç. derm. syph.- 1969, 76, 207

- PORTMANN (G.) - RETROUVEY (H.).- La rhinite lépreuse.- Acta Oto-rhino-laryng. belge.- Déc. 26, 10, 2

- PUGNAIRE (A.).- Contribution à l'étude des lésions O.R.L. chez les lépreux en Océanie.- Thèse méd. (Marseille), 1934

- REYNAUD (J.) - BEL (J.) - PINEAU (R.).- Lésions radiologiques maxillo-faciales et sinusiennes chez les lépreux d'Afrique Occidentale.- 58ème congrès franç. d'O.R.L.- 1 vol.- Arnette (Paris), oct. 1960

- REYNAUD (J.) - LANGUILLON (L.).- Lésions des voies respiratoires supérieures chez les lépreux en Afrique Occidentale (enquête sur 142 cas).- Ann. Oto-laryng. (Paris), janv-Fév. 1961.- 78, 1& 2, 44-55

- REYNAUD (J.).- Le nez lépreux (inédit).- Congrès de l'Ass. des léprologues de langue française.- Hôp. St Louis (Paris), sept 1971

- ROSTANT (M.).- Action du B 663. sur les formes réactogènes rebelles de la maladie de Hansen.- Bordeaux méd., 1970.- 1033-1039

- SAROLA (A.).- Les aspects de la lèpre en O.R.L.- Thèse méd. (Marseille), 1954

- SERGENT (H.).- Lèpre nasale et sinusite associée.- Presse méd., 22 av. 1961.- 69, n° 19, 848-49

- TERRACOL (J.).- Maladies des fosses nasales.- 1 vol.- Masson & Cie, (Paris), 1936

0
0 0 0 0
0

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfeindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je parjure, puissè-je avoir le sort contraire.

O

O O O O

O

Vu,

Le Président de l'Université de BORDEAUX II :

H. BRICAUD

Bon à imprimer,

Le Président de thèse :

R. PAUTRIZEL

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le

Le Recteur de l'Université :

J. BABIN